

Pemanfaatan Kelompok Swabantu Tuberculosis Dalam Mewujudkan Rumah Sehat

Komang Ayu Henny Achjar^{*1}, Aris Santjaka², Ketut Sudiantara³, I Ketut Gama⁴, I Nyoman Jirna⁵,
I Wayan Sudiadnyana⁶

^{1,3,4,5,6}Politeknik Kesehatan Kemenkes Denpasar, Indonesia

²Politeknik Kesehatan Kemenkes Semarang, Indonesia

*e-mail: komangayuhenny@gmail.com¹, arissantjaka@gmail.com², sudiantara19@yahoo.com³,
gama_bali@yahoo.co.id⁴, nyomanjirna@gmail.com⁵, sudiadnyana67@yahoo.co.id⁶

Abstrak

Tidak dapat dipungkiri jumlah penderita TB dan angka drop out TB masih tinggi, walaupun pemerintah sudah melakukan beberapa terobosan melalui pemberdayaan peran keluarga dan kader sebagai pengawas minum obat (PMO), program Indonesia Sehat melalui pendekatan keluarga (PIS-PK) dengan kunjungan rumah. Permasalahannya, penanganan Kasus TB di desa Tibubeneng Kabupaten Badung belum dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi. Tenaga perkesmas Puskesmas sebagai ujung tombak penemu kasus pada kegiatan luar gedung Puskesmas melalui pendekatan keluarga binaan di wilayah kerjanya belum berjalan optimal. Hal ini disebabkan karena kurangnya pelatihan perkesmas yang diperoleh termasuk pencatatan pelaporan kasus, keterbatasan jumlah SDM Puskesmas serta keterbatasan sarana prasarana. Sejak tahun 2016, setiap desa di Kabupaten Badung terdapat tim KBS (Krama Badung Sehat) yang terdiri dari perawat, bidan dan supir ambulance. Permasalahan yang ada tim KBS juga tidak pernah terpapar pelatihan pengelolaan TB di rumah. Di sisi lain, penanganan TB di desa Tibubenneg juga belum menyentuh lingkungan rumah, padahal rumah yang tidak sehat dapat menjadi risiko penularan TB kepada anggota keluarga di rumah. Tujuan kegiatan pengabdian masyarakat adalah terlaksananya pelatihan perkesmas terintegrasi antara petugas perkesmas Puskesmas, keluarga, PMO, tim KBS, kader, kelompok swabantu. Serta pemberdayaan kepada masyarakat tentang modifikasi kamar yang ditempati pasien TB, pembuatan miniatur rumah sehat sebagai contoh rumah sehat bagi keluarga TB.

Kata kunci: Kelompok Swabantu, Rumah Sehat, Tuberculosis.

Abstract

It is undeniable that the number of TB sufferers and the TB drop out rate is still high, although the government has made several breakthroughs through empowering the role of families and cadres as drug-taking supervisors (PMO), the Healthy Indonesia program through a family approach (PIS-PK) with home visits. The problem of TB case management in Tibubeneng village, Badung Regency has not been carried out in a comprehensive and integrated manner. The health center staff as the spearhead of case finding in activities outside the Public Health Center building through the fostered family approach in their work area has not been running optimally. This is due to the lack of training in Community Health, including recording of case reports, the limited number of Public Health Center human resources and limited infrastructure. Since 2016, every village in Badung Regency has had a KBS (Krama Badung Sehat) team consisting of nurses, midwives and ambulance drivers. The problem is that the KBS team has never been exposed to TB management training at home. On the other hand, TB treatment in Tibubenneg village has not touched the home environment either. The purpose of community service activities is the implementation of integrated health care training between Community Health Center officers, families, PMO, KBS team, cadres, and the self-help groups. As well as empowering the community about modifying the rooms occupied by TB patients, making miniature healthy homes as examples of healthy homes for TB families.

Keywords: Healthy home, Self-help group, Tuberculosis.

1. PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu Negara dengan jumlah kasus baru Tuberculosis (TB) paru terbanyak sebesar 64% dari total kasus baru TB paru di dunia dan merupakan negara kedua penyumbang kasus TB paru terbesar di dunia [1]. Berdasarkan data Riskesdas 2018, prevalensi penduduk Indonesia yang terdiagnosis TB paru sebanyak 0.4% dari 264 juta penduduk [2]. Proporsi klien TB paru di Indonesia sebesar 20% [3]. Peningkatan jumlah klien

TB paru terus meningkat setiap tahunnya. Menurut *Global Tuberculosis Report*, angka kejadian TB paru di Indonesia meningkat dari tahun 2016 sebanyak 341 per 100.000 penduduk menjadi 348 kasus per 100.000 penduduk dengan angka *mortality rate* 3,6 per 100.000 penduduk tahun 2017 [4].

Peran tenaga kesehatan secara interprofesi sangat diperlukan untuk mampu berkontribusi dalam penanggulangan TB, peningkatan kemampuan kognitif dan ketrampilan teknis didalam memberikan pelayanan kesehatan secara komprehensif dengan melibatkan peran keluarga sebagai *support system*, petugas perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas), pengawas minum obat (PMO), tim KBS (Krama Badung Sehat) yang terdiri dari perawat bidan dan supir ambulans yang dibentuk sejak 2016. Hal ini diperkuat dengan adanya Program Indonesia Sehat, melalui tiga pilar utama yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Penerapan paradigma sehat dilakukan melalui strategi penguatan pelayanan kesehatan dalam pembangunan penguatan upaya promotif dan preventif serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan melalui strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu melalui pelayanan berkesinambungan (*continuity of care*) serta pelayanan terintegrasi (*Comprehensife of care*)

Salah satu kegiatan pelayanan terintegrasi (*Comprehensife of care*) dapat dilakukan pada beberapa kasus penyakit menular seperti TB. Kegiatan diutamakan pada pelayanan kesehatan terintegrasi dengan melibatkan pemberdayaan keluarga, petugas perkesmas Puskesmas, PMO, tim KBS dalam pencegahan dan pengelolaan TB di rumah. Kondisi yang terjadi saat ini, beberapa program yang ada tidak tuntas mengintegrasikan penanganan TB dari berbagai aspek seperti bagaimana tempat tinggal penderita TB (ventilasi, kelembaban, pencahayaan, kepadatan, kamarisasi), bagaimana asupan gizi tinggi kalori dan protein yang dikonsumsi penderita, apakah program yang diberikan sudah sesuai kebutuhan penderita, apakah program yang diberikan menimbulkan kendala/hambatan bagi penderita, apakah kegiatan pelayanan yang diberikan sudah memberdayakan keluarga, serta apakah program yang ada sudah melibatkan kemitraan berbagai lintas sektor, apakah program sudah menjadikan pasien sebagai parthner (bukan sebagai objek semata) melalui pembentukan kelompok swabantu (dari, oleh dan untuk penderita) untuk penanganan TB di rumah.

Pelayanan terintegrasi (*Comprehensife of care*) menjadi salah satu pilihan yang dirasakan dapat menjawab semua pertanyaan yang diperlukan bagi penanganan TB di rumah. Kajian hasil penelitian menemukan bahwa ada hubungan antara pencahayaan, ventilasi, kebiasaan membuka jendela, kelembaban, suhu udara, jenis dinding dan status gizi terhadap kejadian TB [5]. Faktor risiko yang berperan terhadap timbulnya kejadian TB paru antara lain karena faktor lingkungan (kepadatan, ventilasi, pencahayaan, kelembaban) [6]. Juga pentingnya membuat pasien merasa dihargai melalui pembentukan kelompok swabantu dengan pemberdayaan pasien sebagai mitra program (diikuti mulai pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi), sesuai sumber daya setempat.

Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, bertanggung jawab terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, wajib memberdayakan masyarakat melalui kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat/ UKBM [7]. Puskesmas wajib melakukan kegiatan dalam gedung dan luar gedung Puskesmas [8]. Petugas kesehatan di Puskesmas, mempunyai kewenangan melaksanakan asuhan keperawatan pada individu/ keluarga/ kelompok khusus/ masyarakat, melakukan pelayanan prevensi primer dan prevensi sekunder dengan mengidentifikasi faktor risiko yang terjadi, melakukan kegiatan di luar gedung dan dalam gedung Puskesmas [9]. Pemberdayaan keluarga ditujukan untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam mengatasi masalah yang dialami keluarga sesuai kebutuhan pasien TB di rumah. Petugas kesehatan bertanggung jawab dalam mengoptimalkan pendampingan kepada keluarga melalui pemberdayaan dalam pengelolaan TB sehingga diharapkan keluarga dapat melakukan pencegahan dan pengelolaan TB untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Kabupaten Badung merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Bali dengan penderita TB Paru BTA positif yang diobati sebanyak 223 penderita dimana penderita yang sembuh

sebanyak 210 penderita, penderita dengan pengobatan lengkap sebanyak 7 penderita, sedangkan yang meninggal sebanyak 12 orang. Tingginya kematian disebabkan beberapa faktor yaitu parahnya penderita tuberculosis, lambatnya pengobatan serta lambatnya penemuan penderita [10]. Kabupaten Badung sejak Desember 2016 mempunyai program inovasi tiap desa ditempatkan tim KBS (Krama Badung Sehat) yang terdiri dari perawat, bidan dan supir ambulan. Tim bekerja secara oncall dibagi 2 shift berada dibawah pertanggungjawaban Puskesmas dan Dinas Kesehatan Badung. Gaji tim KBS dari Pemda Badung melalui Dinas Kesehatan Badung. Tim KBS setiap hari stanby di Puskesmas atau Puskesmas pembantu setempat. Tugas tim KBS sebagai tenaga paling depan dalam pengkajian data kesehatan keluarga melalui kunjungan rumah, bekerja sama dengan petugas perkesmas Puskesmas. Permasalahan yang ada, selama ini tim KBS desa Tibubeneng belum pernah terpapar pelatihan perkesmas yang menjadi dasar pengkajian asuhan keperawatan keluarga sehingga sampai saat ini tugas tim KBS hanya sekedar mengantar obat TB ke rumah pasien, menelpon keluarga pasien apabila waktunya kontrol dan mengambil obat. Sehingga terkesan tidak memandirikan keluarga TB.

Desa Tibubeneng menjadi salah satu desa binaan Poltekkes Kemenkes Denpasar. Penanganan TB di desa Tibubeneng belum terintegrasi dan komprehensif melibatkan lintas sektoral dan interprofesional. Permasalahan yang ada, selama ini masih terkait program PIS-PK yang dilakukan oleh Puskesmas (penyuluhan kesehatan terkait gizi TKTP, olahraga, obat-obatan, pembuangan sputum, cara batuk yang efektif, terapi komplementer) dan belum membahas tentang bagaimana kamar yang sehat untuk pasien TB (pencahayaan, sirkulasi, ventilasi, ukuran kamar, kelembaban dll). Sementara lingkungan rumah sangat berpengaruh terhadap tingginya risiko penularan antar keluarga di rumah). Penderita TB lebih banyak terjadi pada keluarga yang tidak mempunyai tempat tinggal sendiri, tetapi ada beberapa yang penduduk asli desa Tibubeneng.

Kegiatan perkesmas menjadi tugas perawat Puskesmas dalam melakukan kegiatan luar gedung Puskesmas melalui kunjungan rumah keluarga binaan, salah satunya keluarga dengan kasus penyakit menular TB. Permasalahan yang ada, selama ini program perkesmas di Puskesmas Kuta Utara belum berjalan optimal dikarenakan terbatasnya jumlah SDM, pendidikan dan kualitas SDM Puskesmas beragam, kurangnya sarana prasarana yang diperlukan perkesmas, tidak rutinnya pelatihan perkesmas termasuk bagaimana menemukan kasus, asuhan keperawatan keluarga TB (pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi) TB di rumah, pencatatan pelaporan kasus. Penanganan TB belum banyak diarahkan kepada risiko penularan di rumah melalui kebersihan lingkungan tempat tinggal keluarga TB, pencahayaan, sirkulasi, kamarisasi, kelembaban dll.

Petugas Pengawas minum obat (PMO) di desa Tibubebeng dilakukan oleh kader dan tim KBS. Sehingga dukungan keluarga sebagai *social support* TB di rumah sudah menjadi peran tim KBS dan kader. Permasalahan yang ada, kurangnya pemberdayaan keluarga dalam pengelolaan TB di rumah, terkesan pasien dan keluarga pasif. Berdasarkan permasalahan di atas diperlukan solusi pemecahan masalah TB di desa agar menjadi desa sehat bebas TB menggunakan pemberdayaan pasien TB dalam wadah kelompok swabantu TB kecamatan Kuta Utara.

2. METODE

Sasaran kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah Seluruh penderita TB di desa Tibubeneng (27 orang), PMO/ kader (65 orang), Keluarga TB yang tinggal di desa Tibubeneng (27 orang), Petugas perkesmas Puskesmas Kuta Utara (2 orang), Tim KBS (Krama Badung Sehat) desa Tibubeneng (3 orang).

Metode yang digunakan dalam kegiatan pengabdian masyarakat ini antara lain:

- a. Penyuluhan kesehatan terintegrasi
 1. Kegiatan dilakukan pada sasaran perawat perkesmas Puskesmas dan tim KBS (Krama Badung Sehat) desa Tibubeneng ditujukan pada kegiatan perkesmas asuhan keperawatan keluarga TB dan pencatatan pelaporan keluarga TB kasus lama dan baru, penemuan kasus (*case finding*), tingkat kemandirian keluarga TB. Kegiatan

dilakukan selama satu hari menggunakan pedoman TB dan buku kerja perawat perkesmas/ tim KBS.

2. Penyuluhan keluarga TB. kader dan PMO diarahkan pada pencegahan dan perawatan TB di rumah meliputi diet TKTP, olahraga, spiritual, kebutuhan istirahat, obat-obatan TB, pentingnya peran PMO. Kegiatan dilakukan selama satu hari menggunakan pedoman TB dan buku kerja bagi keluarga dan PMO/ kader.
3. Penyuluhan pada sasaran kelompok swabantu ditujukan pada kegiatan dengan memanfaatkan teknologi informasi berupa media sosial dalam kegiatan WA group saling mengingatkan saat minum obat, saat buka jendela, penyebaran video kesehatan tentang TB, informasi kapan harus ke puskesmas, *positif deviance*, media promosi kesehatan, Dasar pemilihan group WA sebagai media komunikasi antar pasien, karena media tersebut sangat sederhana dan paling mudah dilakukan oleh kelompok swabantu untuk komunikasi terkait TB selama pandemi covid. Selanjutnya akan dikembangkan kegiatan luring berupa arisan bersama untuk memberi modal perbaikan modifikasi rumah sehat, promosi dagangan pasien untuk membantu ekonomi pasien terkait kemas dan daya jual dll. Kegiatan dilakukan menggunakan media zoom 1-2 kali sebulan, dipimpin oleh pemegang program TB Puskesmas Kuta Utara. Keberlangsungan kelompok swabantu akan diimbangi dengan kelompok yang lain (kader) sebagai promotor/ penggerak kegiatan kelompok swabantu. Metode penyampaian pelatihan meliputi pendekatan kognitif dan perilaku. Metode kognitif memberikan informasi agar peserta berlatih perilaku secara nyata atau simulasi, melalui pengalaman, pengembangan keterampilan dan perubahan sikap [11].

b. *Focus Group Discussion* (FGD)

FGD untuk mengetahui kebutuhan (*need*) pasien dan keluarga, supaya mereka bisa menentukan masalah mereka sendiri sesuai sumber daya yang ada. FGD tentang masalah rumah sehat, mengapa tidak buka jendela, mengapa tidak rutin minum obat dll sehingga kajian ini berfungsi untuk pemberdayaan dengan memandirikan peran pasien dan keluarga sesuai kebutuhan. FGD kelompok swabantu untuk memecahkan masalah rumah sehat untuk mencari solusi (apa yang dibutuhkan kelompok, bagaimana caranya supaya kelompok bisa bertahan, kegiatan apa saja yang bisa dilakukan kelompok untuk pemberdayaan, apakah membentuk arisan, membantu pengemasan promosi barang dagangan pasien, dll).

Pemberdayaan (*empowerment*) ditujukan untuk membantu kelompok agar mampu membantu dirinya sendiri, mandiri, berswadaya dan mampu mengadopsi inovasi [12]. Strategi yang dapat dilakukan menumbuhkembangkan potensi yang ada, mengembangkan kegiatan/ program yang sesuai, menyelenggarakan KIE/ pendampingan kelompok dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki, menjalin kemitraan sehingga memudahkan melakukan kegiatan sesuai potensi yang ada [13]. Petugas kesehatan dalam memberdayakan kelompok di bidang kesehatan perlu bekerjasama dengan kelompok. Keberhasilan pemberdayaan kelompok di bidang kesehatan, tergantung pada sumber daya manusia (petugas kesehatan, keluarga, penderita) yang berpartisipasi dalam kegiatan pemberdayaan, besarnya dana yang digunakan dalam kegiatan pemberdayaan serta bahan dan alat yang digunakan untuk menyokong kegiatan pemberdayaan. Peran petugas kesehatan yaitu memfasilitasi dalam kegiatan pemberdayaan, memotivasi untuk bekerjasama dalam melaksanakan kegiatan bersama untuk kepentingan bersama, serta mengalihkan pengetahuan ketrampilan dan teknologi dengan memanfaatkan sumber daya alam dan sumber daya manusia dalam rangka kemandirian kelompok [14].

c. Pelayanan kesehatan khusus penderita TB

Pelayanan lansung kepada penderita TB dengan melakukan deteksi dini TB (penemuan kasus TB di rumah), melakukan rujukan kasus bagi pasien baru, monitoring obat-obatan bagi pasien lama dan baru, pemeriksaan sputum pasien TB oleh mitra dilakukan tiga kali (pemeriksaan sewaktu, pagi hari dan sewaktu).

d. Pemberdayaan masyarakat untuk mewujudkan Rumah Sehat dengan melakukan modifikasi kamar yang ditempati pasien TB/ bedah kamar sebagai daya perangsang awal kegiatan untuk pemberdayaan kelompok, selanjutnya pemberdayaan diupayakan

- melalui kelompok swabantu melalui fasilitasi peran Puskesmas sebagai wilayah binaannya.
- e. Pengadaan contoh rumah sehat bagi keluarga TB, sebagai gambaran nyata dalam bentuk miniatur rumah sehat dan dalam bentuk video virtual, yang dapat dimanfaatkan oleh Puskesmas sebagai media penyuluhan kesehatan kepada sasaran untuk memudahkan gambaran penderita akan rumah sehat.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik penderita TB yang tinggal di kecamatan Kuta Utara dijelaskan pada tabel 1 berikut:

Tabel 1 Karakteristik penderita TB di kecamatan Kuta Utara

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Usia (Tahun)		
≥18-65 Tahun	51	92.7
≥ 65 Tahun	4	7.3
Jenis kelamin		
Laki-Laki	7	12.7
Perempuan	48	87.3
Status perkawinan		
Janda	1	1.8
Kawin	54	98.2
Pendidikan		
Rendah	12	21,8
Tinggi	43	78,2
Pekerjaan		
TidakBekerja	21	38.2
Bekerja	34	61,8
Penghasilan		
<Rp 1.000.000	33	60.0
≥ Rp 1.000.000	22	40.0
Status tempat tinggal		
Kos/ kontrak	35	63.6
Rumah keluarga	20	36,4
Lama tinggal		
1 - 3 Tahun	22	40
4-6 Tahun	33	60
JUMLAH	55	100

Berdasarkan tabel 1 terlihat karakteristik penderita TB di kecamatan Kuta Utara terbanyak berusia ≥18-65 Tahun (92.7%), berjenis kelamin perempuan (87.3%), status perkawinan menikah (98.2%), pendidikan tinggi yaitu SMA ke atas (78,2), status bekerja (61,8) dengan penghasilan per bulan <Rp 1.000.000 (60%), status tempat tinggal kos/ kontrak (63.6 %) dengan rata-rata lama tinggal di desa kecamatan Kuta Utara selama 4-6 tahun (60%)

Kegiatan 1:

Kegiatan berupa penyuluhan pengelolaan TB di rumah kepada penderita TB, dengan hasil penyuluhan berupa perilaku sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan TB. Karakteristik penderita TB berdasarkan perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) terhadap pengelolaan TB di rumah pada awal pertemuan sebelum diberikan intervensi penyuluhan TB, dijelaskan seperti tabel 2 berikut.

Tabel 2. Karakteristik penderita TB berdasarkan perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) terhadap pengelolaan TB di rumah sebelum dilakukan penyuluhan

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengetahuan		
Kurang	50	90,9
Cukup	3	5,5
Baik	2	3,6
Sikap		
Kurang	40	72,7
Cukup	13	23,6
Baik	2	3,7
Tindakan		
Kurang	43	78,2
Cukup	9	16,4
Baik	3	5,4
JUMLAH	55	100%

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa terbanyak pengetahuan tentang pengelolaan TB di rumah masih kurang (90,9%), sikap kurang (72,7%) dan tindakan terhadap pengelolaan TB berada pada kondisi kurang yaitu 78,2%.

Karakteristik penderita TB berdasarkan perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) terhadap pengelolaan TB di rumah setelah diberikan penyuluhan, dijelaskan seperti tabel 3 berikut.

Tabel 3. Karakteristik penderita TB berdasarkan perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) terhadap pengelolaan TB di rumah setelah dilakukan penyuluhan

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Pengetahuan		
Kurang	15	27,3
Cukup	30	54,5
Baik	10	18,2
Sikap		
Kurang	8	14,5
Cukup	32	58,2
Baik	15	27,3
Tindakan		
Kurang	16	29,1
Cukup	22	40
Baik	17	30,9
JUMLAH	55	100%

Berdasarkan tabel 3 diketahui bahwa setelah diberikan penyuluhan pada keluarga dan penderita TB, terbanyak pengetahuan tentang pengelolaan TB di rumah cukup (54,5), sikap terhadap TB juga dalam kondisi cukup (58,2) dan tindakan terhadap pengelolaan TB berada pada kondisi cukup yaitu 40%.

Perilaku keluarga TB saat sebelum diberikan penyuluhan kesehatan tentang pengelolaan TB di rumah dalam kondisi kurang (90,9%), sikap kurang (72,7%) dan tindakan terhadap pengelolaan TB berada pada kondisi kurang yaitu 78,2%. Setelah diberikan penyuluhan kesehatan, perilaku keluarga dan penderita TB, terbanyak pengetahuan tentang pengelolaan TB di rumah cukup (54,5), sikap terhadap TB juga dalam kondisi cukup (58,2) dan tindakan terhadap pengelolaan TB berada pada kondisi cukup yaitu 40%. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Balestoral et al (2015) yang mengatakan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan pada peserta orang dewasa dengan kecenderungan peningkatan terjadi setelah mendapatkan

pelatihan [15]. Menurut pengabdian kondisi ini diperkuat karena sebagian besar keluarga pasien TB berpendidikan tinggi (SMA ke atas), sehingga perubahan pengetahuan setelah penyuluhan bisa disebabkan karena daya tangkap peserta terhadap penyuluhan yang diberikan. Hal ini sesuai dengan pernyataan wawan dan Dewi (2010), yang menyatakan bahwa pengetahuan berkaitan erat dengan pendidikan [16]. Peningkatan pengetahuan setelah diberikan penyuluhan diikuti dengan peningkatan sikap tentang pengelolaan TB di rumah setelah penyuluhan, Pernyataan ini senada dengan yang disampaikan oleh Mannix et al, (2012), Byrne et al, (2012) yang mengatakan bahwa sikap positif petugas cenderung meningkat bila pengetahuan petugas ditingkatkan sehingga menghasilkan komitmen tinggi petugas dalam keterlibatan program [17, 18].

Terjadi peningkatan tindakan keluarga pasien TB setelah penyuluhan pengelolaan TB di rumah menjadi cukup 40%, walaupun kondisi peningkatan tidak setajam pengetahuan, hal ini sesuai dengan pernyataan Erawatiningsih, Purwanta dan Subekti (2012), yang menyatakan bahwa pendidikan merupakan faktor utama yang mempengaruhi ketidakpatuhan pengobatan pasien TB [19].

Kurangnya pemberdayaan keluarga dalam pengelolaan TB di rumah, karena pemberian obat dilakukan oleh kader/ PMO sehingga terkesan pasien dan keluarga pasif. Berdasarkan permasalahan ini diperlukan solusi pemecahan masalah TB di desa agar menjadi desa sehat bebas TB menggunakan pemberdayaan pasien TB dalam wadah kelompok swabantu TB kecamatan Kuta Utara. Kelompok swabantu atau *self help group* merupakan sekumpulan orang yang mempunyai keinginan untuk berbagi permasalahan, saling membantu terhadap hal yang dialami [20]. *Self help group* memahami orang bahwa mereka tidak sendiri, dimana anggotanya saling membantu, mendukung dengan menceritakan pengalaman dan alternatif cara dalam menyelesaikan permasalahannya [21].



Gambar 1. Penyuluhan kesehatan tentang pengelolaan TB di rumah

Kegiatan 2:

Kegiatan berupa pembentukan kelompok swabantu TB kecamatan Kuta Utara, yang anggotanya adalah semua pasien TB yang tinggal di kecamatan Kuta Utara. Pembentukan kelompok swabantu/ *self help group* yang anggotanya terdiri dari semua pasien TB untuk pemberdayaan dari oleh dan untuk bersama, agar mereka merasa tidak sendiri dan dapat saling membantu untuk mandiri mengatasi masalahnya. Kegiatan kelompok swabantu dilakukan beberapa kali pertemuan menggunakan media zoom karena masa pandemik covid. Kegiatan kelompok swabantu antara lain berupa penyampaian informasi kesehatan terkait TB menggunakan media video, leaflet, miniatur rumah sehat TB. Juga komunikasi kelompok swabantu TB menggunakan WA Group sebagai sarana mengingatkan waktunya buka pintu jendela di pagi hari, mengingatkan kapan ambil obat di Puskesmas, sharing tanya jawab tentang keluhan yang dirasakan selama sakit dan hal apapun yang dialami. Kelompok swabantu TB kecamatan Kuta Utara, difasilitasi oleh Puskesmas Kuta Utara. SK pembentukan kelompok swabantu dari Kepala Puskesmas Kuta Utara nomer SK no 373/PKU/2021 tentang penetapan kelompok swabantu TB tanggal 1 November 2021.



Gambar 2. Pembentukan kelompok swabantu TB Kecamatan Kuta Utara

Kegiatan 3:

Kegiatan berupa modifikasi dua kamar pasien TB pada dua keluarga, dilakukan pada kondisi kamar yang sudah sangat tidak memenuhi syarat kesehatan, sehingga memerlukan bantuan segera terhadap kebutuhan rumah sehat. Modifikasi kamar TB digunakan sebagai daya rangsang bagi kelompok swabantu dalam pemberdayaan dana tambahan (sumbangan) sebagai bentuk pemberdayaan tokoh masyarakat dan dana dari keluarga pasien TB



Gambar 3. Modifikasi kamar dua keluarga TB

Pemeriksaan mikroorganisme yang ada di kamar pasien TB dilakukan dengan cara menghitung jumlah koloni bakteri sebelum dan sesudah dilakukan modifikasi kamar, dengan hasil dijelaskan seperti gambar 4 berikut:

Tabel 4. Rerata jumlah koloni bakteri yang ada di kamar pasien TB sebelum dan sesudah dilakukan modifikasi kamar /bedah kamar TB

Jumlah koloni bakteri	Sebelum modifikasi	Sesudah modifikasi
Sampel 1	35	21
Sampel 2	44	20
Sampel 3	37	12
Sampel 4	37	26
Sampel 5	36	15
Rata-rata	37,8	18,8

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa rerata jumlah koloni bakteri sebelum modifikasi kamar pasien TB sejumlah 37,8 dan terjadi penurunan sesudah dilakukan modifikasi kamar pasien TB yaitu sejumlah 18,8.

Kegiatan 4:

Kegiatan berupa pembuatan contoh rumah sehat yang digunakan sebagai media penyuluhan TB untuk memberikan gambaran bagaimana lingkungan rumah yang diperlukan pada keluarga TB menggunakan miniatur rumah sehat dan video 3D rumah sehat.



Gambar 4. Pembuatan contoh rumah sehat dalam bentuk miniatur rumah sehat dan video virtual rumah sehat

Kegiatan 5:

Kegiatan berupa pemeriksaan kesehatan langsung pasien TB yang dilakukan sekaligus saat setelah penyuluhan kesehatan kepada keluarga dan pasien TB (pengukuran vital sign dan pemberian terapi komplementer)



Gambar 5. Pemeriksaan kesehatan langsung pasien TB

Keberhasilan kegiatan program pengabdian masyarakat ini antara lain:

- a. Terlaksananya penyuluhan terintegrasi petugas perkesmas Puskesmas, tim KBS desa Tibubeneng, keluarga TB, kelompok swabantu, PMO, kader.
- b. Tersusunnya modul TB dan buku kerja untuk petugas perkesmas Puskesmas, tim KBS desa Tibubeneng, keluarga TB, kelompok swabantu, PMO, kader.
- c. Terselenggaranya pemeriksaan fisik langsung pasien TB (pemeriksaan sputum sewaktu, sputum pagi dan sputum sewaktu / 3x pemeriksaan/ pasien), pemeriksaan vital sign dan terapi komplementer batuk efektif pada pasien TB.
- d. Terwujudnya contoh rumah sehat dalam bentuk miniatur rumah sehat dan video virtual.
- e. Adanya modifikasi kamar pasien TB/ bedah kamar keluarga TB sebagai daya rangsang bagi pemberdayaan kelompok swabantu kedepannya.
- f. Terbentuknya “Kelompok swabantu” TB, yang pesertanya seluruh pasien TB
- g. Peningkatan perilaku (pengetahuan, sikap, tindakan) keluarga pasien TB
- h. Penurunan rerata jumlah koloni bakteri setelah dilakukan modifikasi kamar TB.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil kajian dan permasalahan yang terjadi selama melakukan kegiatan pengabdian masyarakat unggulan nasional program pengembangan desa sehat PPDS, dapat disimpulkan bahwa, Karakteristik penderita TB di kecamatan Kuta Utara terbanyak berusia ≥18-65 Tahun (92.7%), berjenis kelamin perempuan (87.3%), status perkawinan menikah (98.2%), pendidikan tinggi yaitu SMA ke atas (78,2), status bekerja (61,8) dengan penghasilan per bulan <Rp 1.000.000 (60%), status tempat tinggal kos/ kontrak (63.6 %) dengan rata-rata lama tinggal di desa kecamatan Kuta Utara selama 4-6 tahun (60%).

Perilaku pengelolaan TB di rumah pada kondisi sebelum dilakukan kegiatan pengabmas, terbanyak pengetahuan tentang pengelolaan TB di rumah masih kurang (90,9%), sikap kurang (72,7%) dan tindakan terhadap pengelolaan TB berada pada kondisi kurang yaitu 78,2%.

Perilaku pengelolaan TB di rumah setelah diberikan penyuluhan TB, terbanyak terbanyak pengetahuan tentang pengelolaan TB di rumah cukup (54,5), sikap terhadap TB juga dalam kondisi cukup (58,2) dan tindakan terhadap pengelolaan TB berada pada kondisi cukup yaitu 40%.

Kegiatan yang sudah dilakukan berupa Penyuluhan kesehatan terintegrasi dalam penanganan kasus TB, Pemeriksaan kesehatan langsung pasien TB, pembentukan kelompok swabantu TB kecamatan Kuta Utara/ *self help group*, Pembuatan contoh rumah sehat, Modifikasi kamar pasien TB pada dua keluarga, Peningkatan daya tahan tubuh bagi pasien TB

Kelompok swabantu TB kecamatan Kuta Utara, difasilitasi oleh Puskesmas Kuta Utara. Sk pembentukan kelompok swabantu dari Kepala Puskesmas Kuta Utara nomer SK no 373/PKU/2021 tentang penetapan kelompok swabantu TB tanggal 1 November 2021.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan Jakarta, Poltekkes Kemenkes Denpasar dan Poltekkes Kemenkes Semarang atas kontribusinya sehingga kegiatan Pengabdian Masyarakat Nasional proram pengembangan desa sehat ini terlaksana.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO, *Tuberculosis*, WHO, 2018
- [2] Kemenkes RI, *Hasil Utama Riskesdas 2018*, 2018.
- [3] Kementerian Kesehatan RI, *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberculosis*, Jakarta, 2011
- [4] WHO, *Global tuberculosis*, 2018
- [5] Permenkes no 128 tahun 2004 tentang *Kebijakan Dasar Puskesmas*. Jakarta
- [6] S. Fatimah, "Faktor kesehatan Lingkungan yang berhubungan dengan kejadian TB paru di Kabupaten Cilacap," 2009
- [7] I. Aprilla, "Faktor yang berhubungan dengan kejadian TB di wilayah kerja Puskesmas Tanasitolo Kabupaten Wojo," 2019
- [8] Permenkes no 75 tahun 2014 tentang *Puskesmas*. Jakarta
- [9] Permenkes no 1239 tahun 2001 tentang *Praktik Perawat*. Jakarta
- [10] Dinas Kesehatan Provinsi Bali, *Laporan TB di Provinsi Bali*, 2018
- [11] M. A. Nies and J. M. Swanson, *Community health nursing, promoting the health of aggregate*. Philadelphia : WB Saunders, 2015
- [12] Stanhope and Lancaster, *Foundations of Nursing in the Community : Community oriented practice*. St Louis : Mosby, 2010
- [13] E. T. Anderson, M. J. M. Farlane, *Community as Parthner, theory & Practice in Nursing* 6th ed. Lippincott Williams & wilkins : Philadelphia, 2011
- [14] Stanhope and Lancaster, *Public Health Nursing Population Centered Health Care in The Community*. 8th Ed. St. Louise : Mosby, 2016
- [15] Balestoral, et al., "A randomized controlled trial of brain training with non-action video games in older adults: results of the 3-month follow-up," *Front. Aging Neurosci*, vol. 7. 2015
- [16] J. Byrne, et al. "Health Promotion in Pre-service Teacher Education. Health Education", vol. 112, no. 6, pp. 525-542, 2012.
- [17] P. Erawatiningsih and E. Subekti, "faktor faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

- berobat pada penderita TBC," *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat (BKM)*, vol. 25, no. 3, p. 117, 2012
- [18] M. P. S. Mannix, et al, "Pre-service Teachers Experience of and Attitudes to Teaching SPHE in Ireland," *Health Education*, vol. 112, no. 3, pp. 199–216, 2012.
- [19] A. Wawan and Dewi, *Teori : Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta : Nuha Medika, 2010
- [20] T. W. Utami, B. A. Keliat, D. Gayatri, and R. Utami, "Peningkatan Kemampuan Keluarga Merawat Klien Gangguan Jiwa Melalui Kelompok Swabantu," *Jurnal Keperawatan Indonesia*, vol. 14, no. 1, pp. 37–44, 2011. doi: <https://doi.org/10.7454/jki.v14i1.55>
- [21] I. Permanasari, Sutantri, and Rahmah, "Pengaruh Self Help Group (SHG) Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Merokok Pada Siswa Di Salah Satu SMA Di Yogyakarta," Thesis Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, pp. 1–21, 2014. Retrieved from <http://thesis.umy.ac.id/datapublik/t33863.pdf>.